

Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Martens

Zentrum für seelische Gesundheit

Vor- und Nachname des Kindes/Jugendlichen

Geburtsdatum

Hiermit erklären wir, dass wir gemeinschaftlich das Sorgerecht ausüben. Wir wünschen eine Diagnostik und Behandlung unseres Kindes/Jugendlichen im Medizinischen Versorgungszentrum Dr. Martens. Wir erteilen uns gegenseitig die Vollmacht, Behandlungsentscheidungen wie z. B. Terminvereinbarungen, Erklärungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, Anträge bei den Krankenkassen z. B. zur Beantragung einer psychotherapeutischen Behandlung gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen auch ohne Anwesenheit beider sorgeberechtigter Eltern zu treffen.

Wir sind darüber informiert, dass im Medizinischen Versorgungszentrum Dr. Martens therapeutischen Angeboten gegenüber einer Medikamentengabe der Vorzug gegeben wird. Sollten Medikamente angeboten werden, so werden diese immer mit therapeutischen Angeboten kombiniert.

Für den Fall, dass von den Ärzten des Medizinischen Versorgungszentrums Dr. Martens eine medikamentöse Behandlung als hilfreich eingeschätzt und angeboten wird, bevollmächtigen wir uns wechselseitig, ärztliche Aufklärungen entgegenzunehmen und über die Medikamentengabe und ggf. Anpassungen der Dosis gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen zu entscheiden.

Gleichzeitig verpflichten wir uns dazu, dass wir uns, sofern von uns beiden gewünscht, zu allen mit der Behandlung in Zusammenhang stehenden Angelegenheiten, insbesondere vereinbarte Termine, wechselseitig informieren und auf eine gemeinsame Beteiligung an der Behandlung unseres Kindes/Jugendlichen hinwirken.

Außerdem erklären wir uns mit den Behandlungsbedingungen für unser Kind/Jugendlichen einverstanden, wie sie auf der Internetseite www.martens-sachsen.de veröffentlicht sind.

Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Stellung zu dem Kind/Jugendlichen (z. B. Mutter oder Vater)

Unterschrift weitere(r) Sorgeberechtigte(r) Stellung zu dem Kind/Jugendlichen (z. B. Mutter oder Vater)